

様式第 7 号（第 4 条関係）

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

利用者氏名		受給者証番号	
フリガナ			
		生年月日	
		年 月 日	
上限額管理事務を依頼（変更）した事業者			
上記の者より、令和 年 月 日にあった上限額管理事務の依頼につきましては、責任をもって上限管理を行う事を承諾します。			
管理事業所番号			
管理事業所の所在地及び電話番号			
管理事業者及びその事業所の名称			
印			
事業所を変更する場合の連絡内容	変更年月日	令和 年 月 日	
事業所を変更する場合は、必ず利用している事業所へ連絡の上、連絡内容を記入してください。			
変更前の管理事業者及びその事業所の名称			
変更前の管理事業所の所在地及び電話番号			
変更前の管理事業所への連絡年月日及び担当者名			
(届出先) 茨木市長			
上記の指定事業所に利用者負担の上限額管理事務を依頼することを届け出します。 また、上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業者にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。			
令和 年 月 日			
届出者 (保護者)		住所 氏名	電話番号
市確認欄			

備考

- この届出書は、上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、通所受給者証を添えて、茨木市へ提出してください。
- 上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、茨木市へ届け出てください。
- この届出書の提出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。